AGE

ACTUALIZACIÓN EN
GERIATRIA PARA
ESPECIALISTAS

Boletín del Colegio de Geriatras en el Estado de Nuevo León, A.C.

AGOSTO 2021

AGOSTO MES DEL ADULTO MAYOR

TODO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

AGE
ACTUALIZACIÓN EN
GERIATRIA PARA
ESPECIALISTAS

Número 2

AGE

ÍNDICE

01

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON DEMENCIA

Los cuidados paliativos se definen como un "Modelo de atención médica colaborativa e integral enfocado en mejorar la calidad de vida

04

ENFERMEDADES TERMINALES... DEFINIENDO EL CONCEPTO

El incremento de la esperanza de vida en los últimos años, gracias a los avances en técnicas diagnósticas y al surgimiento de nuevos tratamientos ha sido paralelo al aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y oncológicas.

07

¿CÓMO SE SOBREPONEN LA MEDICINA GERIÁTRICA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

"El manejo óptimo para éstas últimas etapas en personas mayores requieren el expertise y la experiencia tanto del geriatra como el paliativista"

10

VOLUNTAD ANTICIPADA. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.

Un tema que pocas personas tiene el valor de abordar con intención de formalizarlo.

13

AVISOS

1.- 1ER Congreso Internacional del Colegio de Geriatras en el Estado de Nuevo León, A.C.
2.- Día del Adulto Mayor
3.- Agradecimiento a laboratorio: SCHWABE PHARMA MÉXICO

BIENVENIDOS

Queridos amigos y amigas, siendo el mes de Agosto, el mes dedicado a nuestros adultos mayores, quiero aprovechar para felicitar a todas esas maravillosas personas, que con su experiencia y sabiduría enriquecen nuestro mundo.

Es momento de reconocer la importante contribución de las personas adultas mayores en el ámbito económico, político, cultural, deportivo y social de nuestro país.

El aumento en la expectativa de vida y con ello, el número de personas adultas mayores, nos obliga a ampliar y fortalecer la formación de especialistas en geriatría, además de mantener la educación médica continua, en todos los temas relacionados con su cuidado y bienestar.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2020, en México hay 126 014 024 habitantes, de los cuales, más de 10 millones de personas, corresponden a la población de adultos mayores y al día de hoy, a nivel nacional se cuenta con 768 Geriatras Certificados por el Consejo Mexicano de Geriatría.

Las recomendaciones internacionales sugieren la existencia de un Geriatra por cada 2,500 adultos mayores, mientras que con las cifras mencionadas, en México existe un geriatra para cada 13,000 adultos mayores.

Se pronostica, además, que en los próximos 40 años el grupo de edad, con mayor crecimiento será el de los adultos mayores, quienes presentan cambios fisiológicos y enfermedades con una alta demanda de recursos humanos, sociales y económicos, así que todavía nos queda mucho trabajo por delante.

De parte, del colegio de geriatras de nuevo león, queremos enviarles, un gran abrazo y nuestra más sincera felicitación a todas las personas adultas mayores, así también queremos extender la invitación a los profesionales de la salud, a mantenerse informados y actualizados en temas relacionados con la Geriatría.

Reafirmamos nuestro compromiso de orientar e informar con la mejor evidencia científica que derive en el beneficio de nuestros adultos mayores.

Dra. Martha EugeniaValdivia Proa
Presidente del Colegio de Geriatras en el Estado de Nuevo León. 2020-2022

Cuidados paliativos en pacientes con demencia

DRA. VERÓNICA GALVÁN GONZÁLEZ

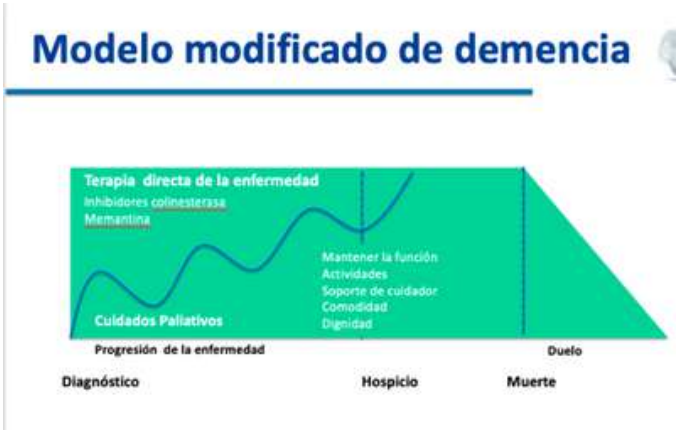
Muchas veces cuando escuchamos las palabras Cuidados Paliativos lo relacionamos directamente con pacientes oncológicos sin embargo pueden ser aplicables a muchos más padecimientos.

Los cuidados paliativos se definen como un “Modelo de atención médica colaborativa e integral enfocado en mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedades complejas que puede ser ofrecido en cualquier estadio de la enfermedad en paralelo con el tratamiento curativo” (Merel, 2014).

Debido al envejecimiento poblacional y al aumento de la esperanza de vida, el deterioro cognitivo mayor o demencia aumentará su prevalencia mundial en los siguientes años, proyectándose a casi 132 millones de personas en 2050, por lo que debe de ser un tema

de relevancia en todos los niveles de atención; los consensos internacionales recomiendan ofrecer cuidados paliativos a pacientes diagnosticados con los diferentes tipos de este padecimiento.

El modelo tradicional de cuidados paliativos va aumentando las necesidades de su intervención conforme la terapia curativa disminuye (Fig 1) , sin embargo debido a que la demencia es una enfermedad incurable, la evolución es progresiva y la dependencia puede durar años, deben de proponerse desde el momento del diagnóstico.(Fig 2)



"CUIDADOS PALIATIVOS LO RELACIONAMOS DIRECTAMENTE CON PACIENTES ONCOLÓGICOS SIN EMBARGO PUEDEN SER APLICABLES A MUCHOS MÁS PADECIMIENTOS"

La demencia presenta retos únicos en el cuidado al final de la vida: la dificultad para definir la etapa terminal de la enfermedad, los problemas de comunicación, determinar las intervenciones médicas y de soporte; en ocasiones existe un tratamiento subóptimo con manejo inadecuado del dolor, sobreuso de intervenciones médicas o encarnizamiento terapéutico , cuidados que van en contra de los deseos del paciente, que nos conllevan a un sufrimiento innecesario.

Existen diferentes dilemas éticos durante el transcurso de la enfermedad , uno de los principales y que implica mayor debate es la colocación de sondas enterales para nutrición. Cerca del 90% de los pacientes desarrollan problemas con la alimentación. Se ha evidenciado que la nutrición artificial aumenta la mortalidad periprocedimiento, mortalidad a 1 año del 64%; no se ha probado que mejore los parámetros nutricionales y no hay evidencia que mejore la calidad de vida, sobrevida o el riesgo de neumonía por aspiración.

Es importante siempre valorar si el paciente presenta dolor, aunque en ocasiones es difícil de descifrar, se pueden utilizar diferentes escalas como PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) o DOLOPLUS2 en caso de requerir el uso de analgésicos y opioides para evitar el sufrimiento.

Una de las estrategias propuestas a nivel mundial es la. “Planificación Anticipada” (Advance Care planning) se refiere al proceso destinado a definir el tipo y calidad de cuidado que una persona desea tener al final de su vida; abarca diferentes discusiones voluntarias que facilitan el entendimiento del estado de salud de los pacientes, valores, beneficios y preferencias en orden de tomar las decisiones de salud y que sean alineadas según sus deseos. En conjunto con su familia y orientados por el profesional de salud toma decisiones sobre sus futuros cuidados, para cuando él o ella haya perdido la capacidad de expresarse y/o tomar decisiones. Prioriza los objetivos de tratamiento, mejora la comunicación y reduce las hospitalizaciones y medidas de intervención.

Se recomienda su discusión en las primeras etapas de la enfermedad y dentro de sus rubros se deben tocar temas como la colocación de sondas de alimentación, el tratamiento en hospital o casa, maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) o de intubación orotraqueal, así como el lugar de preferencia para fallecer.

Los cuidados paliativos en pacientes con demencia son de suma importancia, ya que auxilian en el manejo de síntomas, brindan soporte emocional en la trayectoria de la enfermedad, informan para la toma de decisiones, se discute sobre cuidados anticipadamente para de esa manera mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Entonces, ¿Cuándo empezar los cuidados paliativos en pacientes con demencia? Desde el día del diagnóstico.

Referencias Bibliográficas

Bernstein Sideman A, Harrison KL, Garrett SB, Naasan G; Dementia Palliative Care Writing Group, Ritchie CS. Practices, challenges, and opportunities when addressing the palliative care needs of people living with dementia: Specialty memory care provider perspectives. Alzheimers Dement (N Y). 2021 May 1;7(1)

Goldberg, L. & Altman, K. (2014). The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review. Clinical Interventions in Aging 2014:9 1733–1739

Merel, S. E., Demers, S., & Vig, E. (2014). Palliative Care in Advanced Dementia. Clinics in Geriatric Medicine,30(3), 469–492

Lee EE, Chang B, Huege S, Hirst J. Complex Clinical Intersection: Palliative Care in Patients with Dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2018 Feb;26(2):224–234.

Lunney J, Lynn J, Foley D et al (2003) Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 289(18): 2387–92

Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database of
Systematic Reviews 2009, Issue 2.

Ticinesi, A et al (2016). Survival in older adults with dementia and eating problems: to PEG or not to PEG?. Clinical Nutrition , 35, 1512–1516.

Volicer L,Simard J, Palliative care and quality of life for people with dementia: medical and psychosocial interventions, International Psychogeriatrics, 27:1623–1634,
Yup,K.,Wong,T.,Alhamid.,S.Nadkami,N.,Tan,C.,Pang,A.&Seow,C. Integrating Advance Care Planning as part of Comprehensive Geriatric Assessment for hospitalised frail elderly patients: findings of a cross-sectional study. Singapore Med J 2019; 1–17.

DRA. VERÓNICA GALVÁN GONZÁLEZ
Geriatra

ENFERMEDADES TERMINALES...
DEFINIENDO EL CONCEPTO

POR.-DR. ROBERTO ISRAEL VÁZQUEZ GARZA

El incremento de la esperanza de vida en los últimos años, gracias a los avances en técnicas diagnósticas y al surgimiento de nuevos tratamientos ha sido paralelo al aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y oncológicas.

México se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica, donde las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, el sobrepeso, la obesidad, hipertensión arterial y las dislipidemias se han convertido en padecimientos que contribuyen a las principales causas de muerte del país. A nivel mundial, son responsables de 41 millones de muertes al año, lo que equivale a 71% de las muertes.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

EL CÁNCER PROVOCA 1 DE CADA 6 MUERTES EN EL MUNDO, LA MAYORÍA AÚN SIGUE SIENDO DIAGNOSTICADO EN ETAPAS AVANZADAS, con pocas posibilidades de curación, requiriendo tratamientos de alto costo y con un impacto importante en la calidad de vida y en el estado de ánimo del paciente y su familia.

El concepto de terminalidad surge en la atención de estos pacientes en fase avanzada e

incluye como características fundamentales: una enfermedad progresiva e incurable, en la que existe una falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de múltiples síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, una pérdida progresiva de la autonomía y el desarrollo de fragilidad, con una importante repercusión emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico y un pronóstico de vida limitado a semanas o meses (<6 meses). En la actualidad el concepto se ha ampliado desde el diagnóstico de una enfermedad oncológica en fase terminal hasta enfermedades crónicas no oncológicas terminales, haciendo alusión a la situación del px más que a una enfermedad.

Algunos autores definen a la enfermedad oncológica en fase terminal como la presencia de un cáncer avanzado con diagnóstico histológico demostrado, en estadio clínico IV, existencia de múltiples metástasis cerebrales, medulares, hepáticas o pulmonares y que ha recibido el tratamiento estándar eficaz y/o se encuentra en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico.

Además establecen que solo deberá aceptarse la ausencia de diagnóstico histológico en los casos que por la situación clínica del paciente no sea adecuado proceder a un abordaje más exhaustivo. Sin embargo, es fundamental descartar tumores potencialmente curables.

Enfermedad no oncológica en fase terminal

Se define como la enfermedad o insuficiencia crónica no reversible de un órgano, independientemente de la causa primaria que la originó, que se encuentra en el estadio más avanzado y sin respuesta al mejor tratamiento disponible.

En contraste con la enfermedad oncológica, los criterios de terminalidad en las enfermedades crónicas no oncológicas han sido más difíciles de delimitar, esto radica en la complejidad para determinar cuando una enfermedad avanzada entra en fase terminal debido a que predomina una evolución más lenta, con múltiples episodios de descompensación aguda que pueden mejorar con tratamiento adecuado y revertir a su estado basal. Esto además, depende de la etiología y los cuidados proporcionados que influyen en la evolución de la enfermedad. En 1994, "The National Hospice and Palliative Care Organization" (NHO) elaboró una serie de criterios pronósticos para facilitar el acceso de pacientes no oncológicos a unidades de cuidados paliativos.

Criterios de terminalidad oncológica: 3 criterios + etapa clínica no curable
Karnofsky[1] <40%
ECOG[2] <2
Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea en reposo, edema y delirium
Percepción subjetiva del paciente de peor calidad de vida (carácter pronostico menor a 2 semanas)
Alteraciones hidroelectrolíticas o citopenias con una mayor relación con mortalidad precoz

1 Escala de valoración funcional que permite conocer la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana en los pacientes con cáncer

2 Forma de medir la calidad de vida de un paciente con cáncer

Estos criterios han sido utilizados para guiar el diagnóstico de enfermedad terminal y facilitar el acceso de los pacientes con insuficiencias orgánicas a tratamientos paliativos junto a su tratamiento específico, con el fin de mejorar los síntomas y la calidad de vida.

Criterios de terminalidad en enfermedad no oncológica
Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
El tratamiento específico para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible para el paciente
Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes a pesar del adecuado tratamiento
Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte
Pronóstico vital limitado

Actualmente, algunos autores prefieren utilizar el término de enfermedad avanzada en lugar de enfermedad terminal con el fin de humanizar el proceso de atención médica al final de la vida y promover un abordaje integral a través de los cuidados paliativos.

No cabe duda, que un conocimiento más amplio por todos los profesionales de salud respecto al concepto de terminalidad favorecerá la impartición de tratamientos más enfocados en el paciente y sus síntomas, con la intención de mantener la calidad de vida y acompañar en el proceso de enfermedad.

Criterios específicos de terminalidad*
Enfermedad Pulmonar avanzada
Insuficiencia Cardiaca
Enfermedad Hepática Avanzada: Cirrosis hepática
Enfermedad Renal Crónica
Demencias avanzadas
Enfermedad Cerebrovascular con secuelas importantes
Enfermedad de Parkinson
*Hace referencia a diferentes formas de enfermedad que siguen un final común hacia la fase terminal

BIBLIOGRAFÍA

1. GUÍA DE MANEJO INTEGRAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. PRIMERA EDICIÓN, JULIO 2018. CD MÉXICO.
2. JOSÉ AMADO, ET AL. DEFINICIONES, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y VALORACIÓN DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS ONCOLÓGICAS Y NO ONCOLÓGICAS. HORIZ MED (LIMA) 2020
3. J. RAMÓN NAVARRO SANZ ET AL. CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS: ENFERMEDAD TERMINAL Y FACTORES PRONÓSTICOS. EXTRAÍDO DE HTTPS://WWW.SECPAL.COM
4. BUIGES MENGUAL, ET AL. PACIENTE TERMINAL. GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. 2012
5. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS SECPAL. GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS 201
6. STUART B, ALEXANDER C, ARENELLA C ET AL. MEDICAL GUIDELINES FOR DETERMINING PROGNOSIS IN SELECTED NON-CANCER DISEASES, 2ND ED. HOSPICE J 1995;11:47-63.

DR. ROBERTO ISRAEL VÁZQUEZ GARZA

Residente de 3er año del Programa Multicéntrico de Geriatría del Tecnológico de Monterrey

¿Cómo se sobreponen la medicina geriátrica y los cuidados paliativos?

Dra. Karla D. Gaytán Contreras
Geriatría | Medicina Paliativa y del Dolor

Con una población que envejece a un ritmo acelerado, se va a requerir un aumento indudable en atención geriátrica y en cuidados paliativos. Las últimas dos décadas de la mayoría de las personas se caracterizan por la carga de las comorbilidades, dependencia funcional, fragilidad, y deterioro cognitivo, necesitando urgentemente un abordaje geriátrico. (Guthrie B, 2012)

Se define a la medicina geriátrica como la atención especializada e integral de las personas mayores, teniendo como objetivo la funcionalidad del paciente. La medicina paliativa por su parte se orienta al control de síntomas en enfermedades que limitan la vida. Ambas tienen su base en un enfoque holístico e integral, por lo que puede llegar un momento de la evolución del paciente donde se sobreponen.

"El manejo óptimo para éstas últimas etapas en personas mayores requieren el expertise y la experiencia tanto del geriatra como el paliativista"

Algunos artículos ya han estudiado cómo estas dos especialidades se solapan. A continuación, se enumeran algunos puntos que tienen en común (Pacala, 2014) :

1. Abarcan voluntades anticipadas basadas en metas y preferencias individuales
2. Usan modelos de equipos interdisciplinarios
3. Realizan una valoración multidimensional proactiva.

4. Identifican necesidades insatisfechas
5. Abarcan el modelo biopsicosocial y enfatizan atención a factores psicoemocionales
6. Atienden las necesidades del cuidador y la inclusión de la familia en las decisiones anticipadas
7. Otorgan un servicio de valor añadido a adultos mayores particularmente vulnerables y frágiles.

En resumen, ambas son altamente multi-profesionales en un campo interdisciplinario que centra su modelo de atención en el paciente, dirigido a mejorar su calidad de vida, aptitudes personales y participación social. (Albers G, 2016)
Entonces, ¿hasta qué punto conocemos las fronteras de cada especialidad?

En los múltiples artículos que han estudiado este tema (R Voumard, 2018) (Visser, Borgstrom, & Holti, 2020), se ha llegado a la conclusión que uno de los factores es que la definición de Geriatría está más reglamentada y tiene sus criterios de referencia, mientras que la medicina paliativa tiene una definición más ambigua. Sobre todo, en estos últimos años donde la definición de "paliativo" ha ido evolucionando, para irse alejando del concepto de solo atender pacientes oncológicos en fase terminal, y enfocarse también a atender enfermedades cronicodegenerativas.

Este cambio en los cuidados paliativos aumenta la superposición con la medicina geriátrica. Por lo tanto, las fronteras de cada especialidad no están claras, y la superposición se ha identificado en términos de lo que geriatras y paliativistas pueden o pudieran hacer.

Una de las barreras a vencer es la comunicación. En Estados Unidos se identificaron algunas razones de porque geriatras y paliativistas no se comunicaban: 1. Por falta de recursos (económico y/o humano), y
2. Por miedo de desaparecer del seguimiento del paciente.

Se analizó también que cuando la comunicación llegaba a pasar, es de manera informal.

Esto puede ser debido a que no tenemos claros los límites de nuestro trabajo, y depende mucho de las aptitudes que tengamos para las relaciones interpersonales. (Pacala, 2014) Entonces, una colaboración va a ser efectiva cuando en los equipos de cuidados paliativos geriátricos se practique la comunicación proactiva, que puede involucrar negociación de roles y reconocer el expertise del colega en su área. (Firn, 2016)

Una de las áreas a destacar para los cuidados paliativos geriátricos es en la fragilidad. Como geriatras sabemos que la fragilidad puede tener un impacto personal muy importante, llevando a la dependencia y a la soledad. El aumento de vulnerabilidad que llega a verse en personas severamente frágiles lleva a considerar que esta enfermedad sea catalogada también como terminal, estos pacientes llegan a tener necesidades físicas y psicosociales que pueden ser atendidas por cuidados paliativos. Sin embargo, hay estudios que revelan que son pacientes que casi nunca tienen acceso a estos, y la planificación anticipada en fragilidad es usualmente ausente. (Hamaker M, 2020)

Un factor para ello pudiera ser que los pacientes frágiles por enfermedades cronicodegerativas como Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Enfermedad Renal Crónica, o demencia, tienen un deterioro sutil y gradual, acompañado de exacerbaciones con recuperación parcial, y eso hace difícil detectar cuando el paciente entra a sus últimos meses de vida, o en qué momento debe recibir un enfoque paliativo. (Pacala, 2014) Pero la planificación anticipada puede darnos una perspectiva más amplia de cómo abordar las siguientes exacerbaciones, y evitar intervenciones de beneficio incierto pudieran mejorar la trayectoria de los pacientes. (Tinetti M, 2019)

Recomendaciones para cuidados paliativos en fragilidad
Reconocer la ausencia de umbrales claros para iniciar atención paliativa en pacientes frágiles
Valorar periódicamente y cuantificar la severidad de fragilidad en la valoración geriátrica
Incorporar la evaluación de la cognición en las valoraciones paliativas de toda persona mayor o frágil
Utilizar crisis de salud, hospitalizaciones o institucionalizaciones como momentos clave para discutir voluntades anticipadas
Discutir voluntades anticipadas en vista de todas las comorbilidades de los pacientes, y no solo por una enfermedad

Entonces, Sería notable integrar estas especialidades, así como se han integrado ya en México los cuidados paliativos oncológicos, o la ortogeriatría.

En conclusión, existen razones clínicas y teoréticas de que la medicina geriátrica y la medicina paliativa pueden y deben proveer cuidados para los pacientes mayores y particularmente al final de la vida. Los cuidados pudieran mejorar al incorporar de manera rutinaria una valoración paliativa con una planificación anticipada en pacientes geriátricos frágiles. El manejo óptimo para estas últimas etapas en personas mayores requieren el expertise y la experiencia tanto del geriatra como el paliativista. Cultivemos una cultura interprofesional en salud, para fomentar tomas de decisiones responsables, y asegurar una buena coordinación de la atención médica.

DRA. KARLA D. GAYTÁN CONTRERAS

Geriatría
Medicina Paliativa y del Dolor

BIBLIOGRAFÍA

SALBERS G, F. K. (2016). A QUALITATIVE EXPLORATION OF THE COLLABORATIVE WORKING BETWEEN PALLIATIVE CARE AND GERIATRIC MEDICINE: BARRIERS AND FACILITATORS FROM A EUROPEAN PERSPECTIVE. .
ALBERS, G. F. (2016). A QUALITATIVE EXPLORATION OF THE COLLABORATIVE WORKING BETWEEN PALLIATIVE CARE AND GERIATRIC MEDICINE: BARRIERS AND FACILITATORS FROM A EUROPEAN PERSPECTIVE.
FIRN, J. P. (2016). WHAT ARE THE VIEWS OF HOSPITAL-BASED GENERALIST PALLIATIVE CARE PROFESSIONALS ON WHAT FACILITATES OR HINDERS COLLABORATION WITH IN-PATIENT SPECIAL- IST PALLIATIVE CARE TEAMS? .
GUTHRIE B, P. K. (2012;345:E6341.). ADAPTING CLINICAL GUIDELINES TO TAKE ACCOUNT OF MULTIMORBIDITY.
HAMAKER M, V. D. (2020). FRAILTY AND PALLIATIVE CARE. .
PACALA, J. T. (2014). IS PALLIATIVE CARE THE "NEW" GERIATRICS? WRONG QUESTION—WE'RE BETTER TOGETHER. , 62(10), 1968–1970. .
R VOUMARD, E. R. (2018). GERIATRIC PALLIATIVE CARE: A VIEW OF ITS CONCEPT, CHALLENGES AND STRATEGIES.
STOW D, S. G. (2019;). WHAT IS THE EVIDENCE THAT PEOPLE WITH FRAILTY HAVE NEEDS FOR PALLIATIVE CARE AT THE END OF LIFE? A SYSTEMATIC REVIEW AND NARRATIVE SYNTHESIS. . 33.
TINETTI M, D. L. (2019). CHALLENGES AND STRATEGIES IN PATIENTS' HEALTH PRIORITIES-ALIGNED DECISION- MAKING FOR OLDER ADULTS WITH MULTIPLE CHRONIC CONDITIONS. . 14.
VISSER, R., BORGSTROM, E., & HOLTI, R. (2020). THE OVERLAP BETWEEN GERIATRIC MEDICINE AND PALLIATIVE CARE: A SCOPING LITERATURE REVIEW.

VOLUNTAD ANTICIPADA. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.

POR: MARTY BERNAL
COACH

Tenemos derecho a una Vida Digna, y por lo tanto, a una Muerte Digna.

Un tema que pocas personas tiene el valor de abordar con intención de formalizarlo.
Se habla con ligereza, como algo que nunca pasará o se percibe en un tiempo muy lejano.
La realidad es que nadie tiene la fecha precisa en que llegue el momento de un accidente o una enfermedad terminal.

Llega la crisis, los familiares toman las decisiones en medio del caos y muy probablemente el paciente no podrá externar sus deseos, y tampoco podrá garantizar que le sean respetados.

¿QUÉ ES VOLUNTAD ANTICIPADA?

"Es el acto a través del cual una persona, encontrándose en una situación de enfermedad terminal o previendo esta situación, expresa su voluntad en una declaración, de manera anticipada, sobre lo que desea para sí **en relación con el o los tratamientos y cuidados de salud respectivos,** ya sea en un Acta o en una Escritura de Voluntad Anticipada." Ley de voluntad Anticipada del Estado de México Artículo 4. Fracción XXXV.

Esta acta aplica cuando el paciente ya **NO PUEDA tomar decisiones** por sí mismo, durante una **ENFERMEDAD TERMINAL.**
Se puede realizar la declaración de voluntad anticipada siendo mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales. En presencia de 2 testigos, y puede o no, hacerse frente a un notario público.

Las entidades que cuentan con esta regulación son: Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala. **En el resto del país no es legal.**

En Nuevo León no ha sido aprobada esta figura, sin embargo en el mes de junio de 2021, se presentó una nueva Iniciativa de Ley. Esta iniciativa menciona la creencia de que en las anteriores Legislaturas no han aprobado esta. ley debido a que se confunde con la Figura de Eutanasia y Suicidio Asistido, ambas acciones son penadas por la Ley.

Diferencia entre Eutanasia, Suicidio Asistido y Voluntad Anticipada.
Eutanasia: Es la inducción intencionada de la muerte de un paciente ante la presencia de una enfermedad incurable.
Suicidio Asistido: es cuando, ante la súplica de quien se encuentre en estado de gravedad extrema se le proporcionen los medios necesarios para que se quite la vida.
Voluntad anticipada: No prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte y favorece la atención y los cuidados paliativos al final de la vida, al decidir recibir o no algún tratamiento tendiente a prolongar la vida.
Factor importantísimo en el concepto de Muerte Digna es la **atención del aspecto psicológico, social y espiritual del paciente.**

La finalidad de la Voluntad Anticipada, es proteger a los pacientes de la "Obstinación Terapéutica" que los somete a intervención médica intrusiva y medida desproporcionadas, para mantenerlos con vida, alargando así el sufrimiento y prolongando un final inevitable.

El Representante
El acta de voluntad anticipada, se apoya principalmente en la figura de un "REPRESENTANTE" que es la persona a quien la persona autoriza para que tome decisiones por el paciente durante la enfermedad, y que hará respetar los deseos suscritos en dicha acta.

TENEMOS DERECHO A UNA VIDA DIGNA, Y POR LO TANTO, A UNA MUERTE DIGNA.UN TEMA QUE POCAS PERSONAS TIENE EL VALOR DE ABORDAR CON INTENCIÓN DE FORMALIZARLO.

Este Representante puede ser un familiar o un amigo cercano, que conozca sus valores y sus ideas respecto a la enfermedad y la muerte.
Se recomienda tener además 2 suplentes del Representante, para el caso en que el titular no esté disponible.

Que decisiones puede tomar el Representante
Puede decidir respecto a: tratamientos, cambios de médicos y hospital, procedimientos extraordinarios, así como asuntos de cuidado personal, la casa a donde vivirá, su ropa, comida, visitas; entre otras muchas cosas, que deberán quedar establecidas en el acta. Tales como si desea o **no donar sus órganos**, si autoriza o no la **autopsia,** tipo de **funeral** etc.
Aún y que este no es un recurso aprobado legalmente en toda la República Mexicana, **exhorto al lector a dejar por escrito sus deseos en** caso de llegar a verse en una situación de gravedad y comunicarlo formalmente a la familia.

Tome la Responsabilidad Hoy.
Por un momento visualícese permanentemente en cama, sin poder hablar, ni comunicar sus deseos, quizás conectado a aparatos que le dan vida artificial, o recibiendo dolorosos tratamientos o agresivos procedimientos quirúrgicos o padeciendo intenso dolor.
Si su deseo es que lo liberen y le permitan vivir en paz sus últimos días, y no expresó "Formalmente" esta decisión con anticipación. **Se arriesga** a que el amor, el miedo, o la culpa, provoquen que sus familiares decidan mantenerlo con vida, prolongando la agonía.
Piense también, en la gran carga moral que les adjudica y los conflictos que se pueden generar entre ellos, además del dolor de verlo gravemente enfermo.

Cómo puedo empezar este proceso:
· ACEPTAR que la muerte es la última etapa de nuestra vida y llegará en algún momento.
· Reflexionar que le da valor a mi vida.
· Decidir lo que considero mejor para mí.
· Identificar qué persona tiene los requisitos para ser mi Representante.
· Comunicarlo formalmente y firmarlo ante testigos. Si es posible frente a Notario.
· Entregar copias a las personas que están involucradas.
· Las actas pueden ser revocadas o modificadas en cualquier momento.

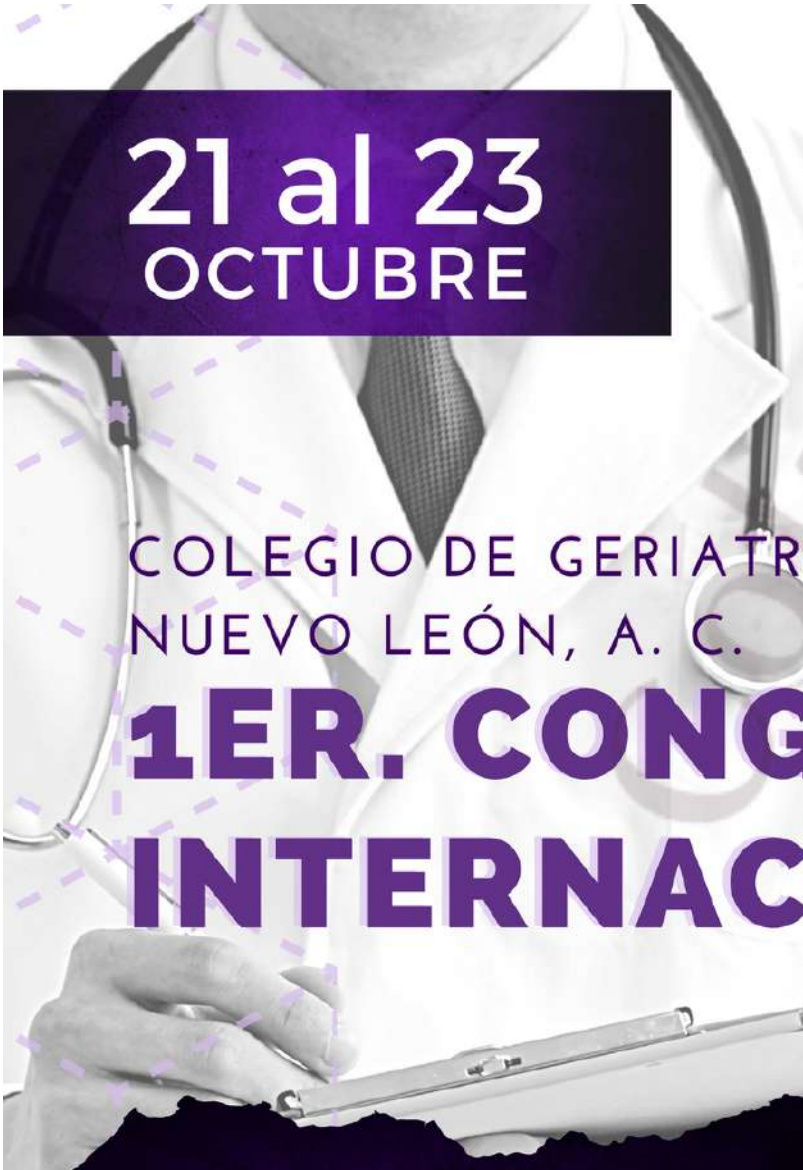
VOLUNTAD ANTICIPADA ES UN ACTO DE AMOR A MI FAMILIA Y A MI MISMO.

REFERENCIAS
EL DEPARTAMENTO DE ASESORÍA JURÍDICA DEL INAPAM
HTTPS://WWW.GOB.MX/INAPAM/ES/ARTICULOS/LEY-DE-VOLUNTAD-ANTICIPADA-EL-DERECHO-A-UNA-MUERTE-DIGNA?IDIOM=ES
H. CONGRESO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN
HTTP://WWW.HCNL.GOB.MX/GLINDEPENDIENTE/2021/06/PRESENTACION-DE-INICIATIVA-DE-LEY-EN-MATERIA-DE-VOLUNTAD-ANTICIPADA-EN-NL.PHP
KAISER PERMANENTE. ORGANIZACIÓN SIN FINES DE LUCRO.
HTTPS://ESPANOL.KAISERPERMANENTE.ORG/ES/HEALTH-WELLNESS/HEALTH-ENCYCLOPEDIA/HE.TESTAMENTO-VITAL.AA54776

TEMA: VOLUNTAD ANTICIPADA. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA.

TITULAR DEL ARTÍCULO
LIC. MARTINA DEL CARMEN BERNAL CORREA.
PSICOTERAPEUTA GESTALT Y COACH DE VIDA ENFOCADA AL EMPODERAMIENTO DEL ADULTO MAYOR DESDE 2008. FUNDADORA Y DIRECTORA DE YAYAS GRANDES MUJERES, CONSULTORA DE EMPRESAS, CONFERENCISTA, FACILITADORA DE TALLERES, COLABORADORA ACTIVA EN GERICARE Y RADIO NUEVO LEÓN, PROGRAMA GENTE GRANDE.

POR: MARTY BERNAL
COACH



21 al 23 OCTUBRE

COLEGIO DE GERIATRAS DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, A. C.

1ER. CONGRESO INTERNACIONAL

INSCRIPCIONES ABIERTAS

-Afiliados a Colegio de Geriatras de NL	SIN COSTO
-Médicos NO Afiliados	$1,500
-Afiliados al CMCNL y CONAMEGER	$500
-Residentes, Enfermería, Rehabilitadores, Nutriólogos y Psicólogos	$500
-Estudiantes	$300

MODALIDAD EN LÍNEA

INFORMES:

http:// www.geriatrasnl.com

admisiones@geriatrasnl.com

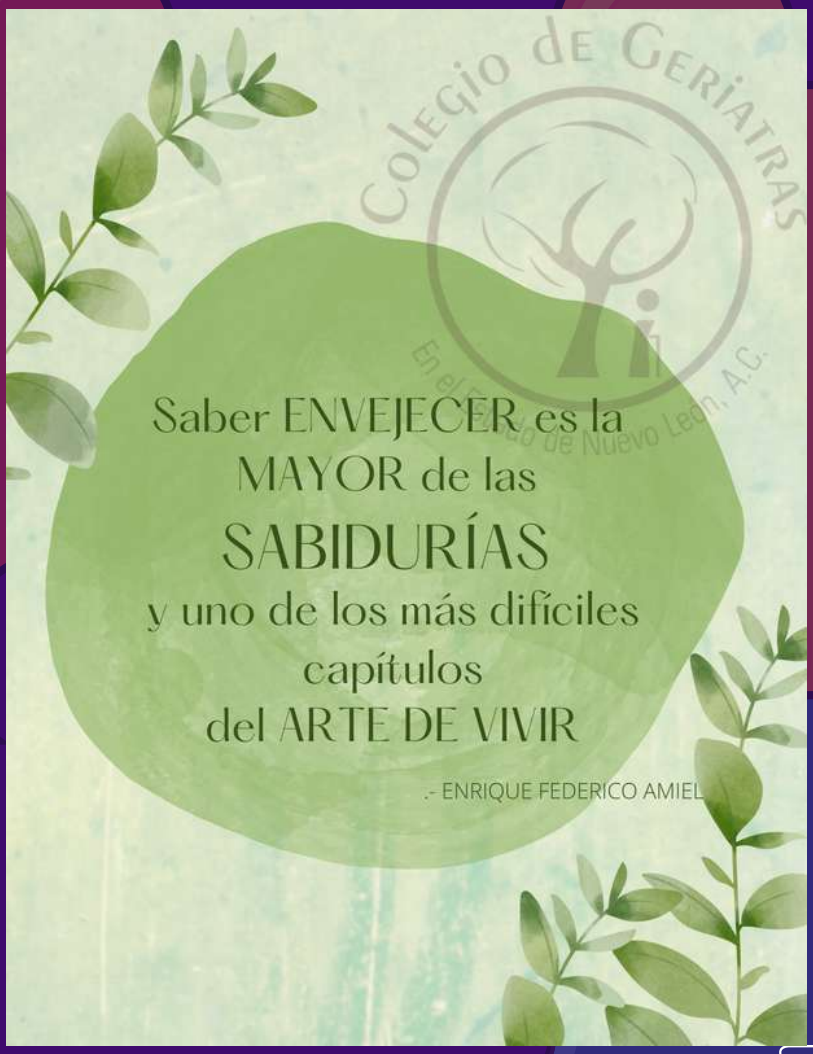
Una Producción de:

COLEGIO NACIONAL DE MEDICINA GERIÁTRICA

Colegio de Médicos de Nuevo León A.C.

BERAKA

AVISOS



AGRADECEMOS A:

Schwabe Pharma México®

AGOSTO 2021

Los abuelos son una deliciosa mezcla de risas, cuidados, historias maravillosas y amor

DIRECCIÓN Dra. Ma. Fernanda Contreras
SUB-DIRECCIÓN Dra. Martha Eugenia Valdivia
EDITOR BERAKA Producciones
EDITORES ASOCIADOS Sandra & Alfredo Pérez BERAKA PRO
ARTE Sandra Pérez

Colegio de Geriatras
En el Estado de Nuevo León, A.C.

Geriatras NL | admisiones@geriatrasnl.com | www.geriatrasnl.com